

Aviso de Department of Human Services De Medicaid De la Aislamiento

Por favor tomar nota de que este aviso no afecta su elegibilidad o sus beneficios o sus derechos existentes de ver la información en el récord de su caso.

Este aviso describe como la información médica sobre de usted puede ser usada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente. Gracias.

Neustro Compromiso de Privacidad

A nosotros nos importa su privacidad. La información que nosotros obtenemos sobre de usted es privada. Solamente las personas que tienen la necesidad y el derecho legal pueden ver su información.

Solamente con su permiso escrito nosotros podemos liberar su información médica. Sin embargo, nosotros no necesitamos su permiso para los siguientes propósitos:

- ◆ **Tratamiento.** Para coordinar su cuidado médico. Por ejemplo, nosotros podemos notificar a su doctor sobre de su atención médica que usted recibió en una sala de emergencia.
- ◆ **Pago.** Para facturar y pagar por servicios que usted recibe. Por ejemplo, nosotros podemos pedir a emergencias detalles antes de que nosotros paguemos las cuentas de su cuidado.

- ◆ **Operaciones de Negocios.** Para revisión médica, servicios legales, y auditoria, incluyendo detectar fraude y abuso. Por ejemplo, el programa de cuidado manejado puede usar información para revisión de calidad del cuidado que usted recibe.

- ◆ **Reportando Abuso.** El reportar abuso de menor de edad o adulto dependiente a las autoridades apropiadas.

- ◆ **Agencia Policiaca.** El reportar crímenes en nuestro establecimiento o en relación al programa de Medicaid.

- ◆ **Descuido Médico.** Censurar, investigar, disciplinar, u otorgar licencia a aquellos que trabajan en el sistema del cuidado médico.

- ◆ **Procedimientos Judiciales y Administrativos.** En respuesta a un orden judicial o a una citación.

- ◆ **Salud Pública.** Ayudar a las autoridades de salud pública el prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o incapacidades.

- ◆ **Amenazas Serias a la Seguridad de la Salud.** Si nosotros creemos, de buena fe, que es necesario para prevenir o para reducir una amenaza seria a usted o a la seguridad de otros.

- ◆ **Funciones Gubernamentales Especializadas.** Para la determinación de elegibilidad y beneficios para la Social Security Administration.

- ◆ **Como es Requerido por Ley.** Nosotros liberaremos información cuando nosotros seamos requeridos por ley hacerlo.

Si usted nos da un permiso por escrito para usar o compartir su información para los propósitos arriba mencionados y decide cancelar, usted debe notificarnos por escrito.

Nosotros no podemos retractar ningún uso o divulgación ya hecha con su permiso.

Su Derecho de Privacidad

Sus derechos de privacidad en relación con cierta información de cuidado médico que nosotros tengamos de usted son importantes. Usted tiene los siguientes derechos:

- ◆ **Aviso de Práctica de Privacidad.** Este folleto es su aviso escrito de las pólizas del Departamento y procedimiento sobre de información médica protegida.

- ◆ **Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene el derecho de ver o de obtener copias de su récord a menos de que otras leyes digan que usted no puede. A usted se le puede cobrar una cuota por el costo de copiar su récord.

- ◆ **Cambio de Información.** Usted puede pedirnos que cambiemos su récord médico. Si usted siente que hay un error. Nosotros podemos negarle su petición por ciertas razones, pero nosotros tenemos que darle una razón por escrito de nuestra negación.

- ◆ **Enumeración de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de pedir una lista de las veces (después del 14 de Abril, 2003) cuando nosotros hemos liberado su información médica protegida sin tener su permiso por escrito.

Esta lista no incluirá las veces cuando la información fue liberada para propósitos de su tratamiento médico, pago por su cuidado médico, o nuestras operaciones de negocios.

- ◆ **Restricciones de Peticiones en Nuestro Uso o Divulgación de Información.** Usted puede pedirnos limitar como su información es usada o divulgada. Nosotros tal vez no podamos estar de acuerdo con todas sus peticiones.

- ◆ **Comunicaciones Confidenciales de Peticiones.** Usted tiene el derecho de pedir que nosotros compartamos información con usted en cierta forma o en cierto lugar.

Por ejemplo, usted puede pedirnos que enviemos información a la dirección de su trabajo en vez de su dirección de su hogar.

Su petición debe hacerse por escrito a la dirección que aparece en la última página.

Nuestras Responsabilidades

La Ley Federal coloca ciertos requisitos al Departamento con relación a su información médica protegida:

- ◆ **Informe Sobre de las Obligaciones Legales.** Nosotros proporcionaremos a usted con un aviso de los deberes legales del Departamento y nuestras pólizas en relación con el uso y divulgación de su información médica protegida.
- ◆ **Mantener Privacidad.** Nosotros mantendremos la privacidad de su información médica protegida conforme a las leyes del Estado y Federales.
- ◆ **Obedecer al Aviso.** Nosotros obedeceremos los términos de este aviso de privacidad.

Copias de este Aviso

Usted tiene el derecho de recibir copia adicional de este aviso en cualquier momento. Por favor llámenos o escribanos para pedir una copia.

Esta Nota de Prácticas de Intimidad está disponible en el español del Oficina de la Intimidad indicado en este folleto.

English Translation:

This Notice of Privacy Practices is available in Spanish from the Privacy Office indicated in this brochure.

Cambios a este Aviso

Nosotros podemos poner al día este aviso si es necesario. Un aviso de revisión se aplicará a su su información médica pasada, actual y futura. Si los cambios afectan sus derechos y responsabilidades, nosotros podemos proporcionarle a usted un nuevo aviso antes de que lo cambios tengan efecto.

Como Usar sus Derechos Bajo este Aviso

Si usted quiere usar sus derechos descritos en este aviso, usted puede llamar o escribir a DHS Privacy Office que aparece a continuación. El Privacy Office o su oficina local de DHS tienen formas que usted puede utilizar. Su petición deber ser por escrito. Si usted desea, nosotros podemos ayudarle a preparar su petición escrita.

- ◆ **Comunicación a Nosotros.** Ponerse en contacto a la dirección o al número de teléfono que aparece a continuación si usted quiere hacerlo:
 - Comunicación con nosotros sobre de asuntos de privacidad, o
 - Ejercitar sus derechos bajo este aviso, o
 - Registrar una queja sobre de cómo el Departamento ha manejado su información médica.

DHS Privacy Office
Iowa Department of Human Services
1305 E Walnut St, 1st Fl
Des Moines, IA 50319-0114
Teléfono: 1-800-803-6591

- ◆ **Petición para Alojamiento Especial.** Alojamiento para visual, auditiva o lenguaje, por favor ponerse en contacto:

Diversity Programs Unit
Iowa Department of Human Services
1305 E Walnut St, 1st Fl
Des Moines, IA 50319-0114
Teléfono: 1-515-281-3095

- ◆ **Quejas al Gobierno Federal.** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted tiene el derecho de registrar una queja con el gobierno federal. Usted puede contactar:

Region VII, Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
601 E 12th St – Rm 248
Kansas City, MO 64106
Teléfono de la Voz: 1-816-426-7278
FAX: 1-816-426-3686
TTD: 1-816-426-7065

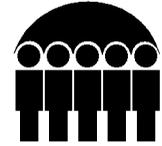
Usted no será castigado por registrar una queja.

Póliza de No discriminación

Ninguna persona será discriminada por razones de raza, color, origen nacional, sexo, edad, incapacidad mental o física, creencia, religión, o creencias políticas cuando solicita o recibe beneficios o servicios de DHS, o cualquier de sus proveedores o contratistas.

Comm. 209(S) (4/03)

Iowa Department of Human Services



**Los de Iowa Trabajando Juntos...
Haciendo lo Que Funciona**

Información Sobre de Sus Derechos de Privacidad

Para Medicaid

Efectivo Abril 14, 2003

NO SE REQUIERE ACCIÓN:
Este aviso solamente es de información.